

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

385

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ernest-Pierre CANDELON

Né à Montpellier, le 7 novembre 1892

Troubles dyspeptiques initiaux
DE LA LITHIASE BILIAIRE

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

385

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

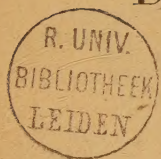
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ernest-Pierre CANDELON

Né à Montpellier, le 7 novembre 1892

Troubles dyspeptiques initiaux
DE LA LITHIASÉ BILIAIRE



Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique.	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE

M. le Docteur LCEPER

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Tenon

*Qui a bien voulu nous inspirer l'idée
de cette thèse.*

Hommage de vive reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LETULLE

Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de respectueuse gratitude
pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

Troubles dyspeptiques initiaux

DE LA LITHIASSE BILIAIRE

INTRODUCTION ET PLAN

La colique hépatique, cette crise si brutale, si dramatique, est rarement la manifestation première de la lithiasse biliaire.

Le plus souvent, bien avant que l'accès calculeux ne se déclare, la lithiasse a traduit son existence dissimulée par des troubles dyspeptiques : gastriques et intestinaux.

Par leur fréquence, les troubles gastriques occupent la première place, et ainsi, l'estomac, qui est « plein de sympathie pour les autres organes », comme l'a dit Moynihan, révèle par sa souffrance le mal vésiculaire latent.

Il est du plus grand intérêt de dépister la cholélithiasse dans ses manifestations initiales. Tout d'abord, l'intervention thérapeutique réussira d'autant mieux au début que plus tard. D'autre part, par un traitement précoce, il sera possible d'éviter au candidat à l'accès calculeux d'atroces souffrances.

Enfin une lithiasse ignorée parce que non caracté-

risée par la colique hépatique, peut conduire au redoutable cancer de la vésicule. Il n'est pas douteux, en effet, que la lithiase vésiculaire prédispose au cancer : les statistiques citées par Cotte, dans sa remarquable thèse, sont tout à fait probantes ; mais fait plus intéressant encore, que met en lumière une statistique de Stade, sur cent cancers de la vésicule consécutifs à la cholélithiase, dix se localisent sur une vésicule atteinte de lithiase latente.

Nous nous sommes surtout proposés dans ce modeste travail, d'exposer les caractères cliniques et la pathogénie de ces troubles dyspeptiques initiaux de la lithiase biliaire. Après un aperçu historique, nous étudierons d'abord la symptomatologie des troubles intestinaux, puis celle des troubles gastriques et nous accompagnerons cette étude clinique d'observations que nous avons choisies parmi les plus typiques. Nous exposerons ensuite la pathogénie de ces troubles, nous envisagerons les éléments du diagnostic et enfin, nous consacrerons quelques mots au traitement de ces manifestations dyspeptiques de la cholélithiase larvaire.

HISTORIQUE

L'histoire de la dyspepsie des lithiasiques biliaires commence seulement aux dernières années du xviii^e siècle, car, il nous faut arriver jusqu'en 1784 pour trouver dans la dissertation de Pujol « Sur les maladies de la peau relativement à l'état du foie » les lignes suivantes : « Il est peu de maladies hépatiques auxquelles l'estomac ne compatisse d'une manière plus ou moins sensible, tandis que l'hypochondre, où est alors le vrai siège du mal, ne montre quelquefois ni douleur, ni élévation, ni même la plus petite anxiété apparente. Dans de pareilles circonstances qui, dans la pratique, se présentent plus souvent qu'on ne le pense communément, il est très facile de se méprendre et de rapporter à l'action de l'estomac les affections qui paraissent souvent dans ce cas et qui dépendent pourtant de l'état du foie. Cette observation est facile à saisir dans les coliques qui précèdent la sortie des calculs biliaires. Il est peu de malades qui, dans ces circonstances, ne rapportent toutes leurs souffrances vers le creux de l'estomac. »

Par la suite, les auteurs qui ont étudié les troubles

dyspeptiques des cholélithiasiques se sont surtout intéressés, soit aux manifestations gastriques qui précèdent immédiatement ou accompagnent la colique hépatique, soit aux manifestations gastriques qui surviennent entre les accès calculeux. Peu d'auteurs ont étudié les symptômes dyspeptiques initiaux de la lithiase biliaire.

Dans une observation publiée en 1833, Andral relate le cas d'un malade qui souffrait fréquemment de crises épigastriques ; un jour, après une crise des plus violentes, un calcul biliaire fut éliminé, ce qui permit de porter le diagnostic d'affection calculeuse du foie. Bouchardat, dans l'*Annuaire de thérapeutique* pour 1845, écrivait : « les calculs placés dans la vésicule peuvent simuler une affection chronique de l'estomac ». C'est également ce que nous signale Fauconneau-Dufresne dans son traité paru en 1851. Onze ans plus tard, Willemmin soutient que l'affection calculeuse du foie débute presque constamment par des phénomènes dyspeptiques, précédant quelquefois de plusieurs années les coliques hépatiques. Ces troubles dyspeptiques consistent surtout en une sensation de gonflement, de pesanteur à l'estomac à laquelle s'associe presque toujours la constipation. Il y a souvent augmentation de sensibilité à la pression de l'épigastre, douleurs vagues dans la région du foie et apparition momentanée d'un léger ictère.

En 1870, Sénac rechercha la fréquence des cas où la lithiase biliaire n'avait pas débuté brusquement par une colique hépatique. Sur cent de ses observa-

tions prises parmi les plus détaillées et compulsées dans le but de rechercher la fréquence des diverses formes prodromales, Senac trouva soixante-cinq cas où les malades n'avaient accusé que des accidents gastriques : « crampes d'estomac, gastralgies, dyspepsies. » Et l'auteur concluait : « ainsi des troubles gastriques variables sont les prodromes les plus ordinaires qui précèdent la colique hépatique. »

Dans le *Progrès médical* de 1879, Cornillon traite des rapports de la dyspepsie douloureuse avec la lithiase biliaire et en particulier de la dyspepsie douloureuse qui précède l'apparition des coliques hépatiques. Il relate deux observations de troubles douloureux de l'estomac ayant précédé de vingt ans l'apparition de la colique hépatique.

Un an après, Mossé, dans sa thèse d'agrégation sur les *Accidents de la lithiase biliaire*, considère tous les troubles gastriques que présentent les lithiasiques avant la première colique hépatique, comme « de vraies attaques de colique hépatique fruste. » C'est aussi l'opinion soutenue par Lefranc, en 1881, dans sa thèse inaugurale. Pour déceler la lithiase biliaire, Lefranc conseille la recherche du pigment biliaire dans les urines, lorsqu'on se trouve « en présence d'accès répétés et très douloureux de gastralgie, de dyspepsie ou lorsqu'on a lieu, d'après les antécédents du malade, de soupçonner la possibilité de la cholélithiase. »

Dans son *Traité pratique des maladies du foie* paru en 1887, Cyr étudie la période prodromique de

la lithiase biliaire. Pendant cette période de « durée des plus variables, on observe plusieurs symptômes tels que la flatulence, la constipation, un peu de dyspepsie, souvent associés mais dont un prédomine généralement : ce dernier, c'est l'élément douloureux. » Cette douleur, affectant d'ordinaire la forme gastralgique, siège à l'épigastre, avec ou sans irradiations dorsales ; elle survient après les repas. L'auteur conseille de penser à la cholélithiase « si on constate chez un sujet migraineux de légers troubles dyspeptiques, tels que du gonflement habituel après les repas, accompagnés de temps à autre de crampes d'estomac, plus ou moins accentuées, avec tendance à la constipation et des urines laissant fréquemment déposer un peu de sable rouge. »

Bouveret, dans son *Traité des maladies de l'estomac* de 1893, écrit : « J'ai vu très souvent confondre l'hyperchlorhydrie avec les accès incomplets, atténués, souvent répétés, dont souffrent la plupart des femmes atteintes de lithiase de la vésicule. » Dans un autre chapitre, nous lisons : « Il y a bien des cas de lithiase biliaire où les malades localisent mal leurs sensations douloureuses. Le patient passe pour être atteint de gastralgie, jusqu'au jour où l'apparition de l'ictère vient rectifier le diagnostic. »

En 1899, dans sa thèse inaugurale *Sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire*, Vergriete déclare que parfois les troubles gastro-intestinaux sont les seuls symptômes que présente la cholélithiase. Et alors « le plus souvent, dit-il, on porte

le diagnostic de gastralgie ou de dyspepsie, plus rarement d'ulcère ou de cancer. »

Dans son *Traité des maladies de l'estomac* de 1901, Robin étudiant les retentissements gastriques de la cholélithiase, décrit les types cliniques qu'offre la dyspepsie des lithiasiques biliaires. Sur cinquante-deux cas de lithiase biliaire relevés avec l'intention de rechercher les apparences cliniques, qui précèdent l'accès type de colique hépatique, l'auteur a trouvé trente-cinq fois uniquement des symptômes gastriques.

En 1904, dans le *Bulletin Médical*, Soupault et Salignat font paraître un travail sur *Le syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques*.

Pour ces auteurs, le symptôme le plus souvent observé dans la cholélithiase avant toute apparition de colique hépatique, est la douleur épigastrique tardive survenant après les repas. On note souvent de la sensibilité vésiculaire et hépatique avec augmentation de volume du foie. Les auteurs recommandent l'examen des urines qui révélera la présence des pigments biliaires.

La même année, dans sa thèse inaugurale, Houdard insiste sur la recherche des pigments biliaires dans l'urine, en présence de troubles dyspeptiques qui font soupçonner la lithiase biliaire.

Dans deux articles publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1908, Salignat et Foucaud étudient les diverses formes de la dyspepsie chez les lithiasiques biliaires. Les troubles dyspeptiques pouvant appa-

raître dans la cholélithiasie plusieurs années avant une colique hépatique franche, ces auteurs conseillent de « toujours rechercher chez tous les dyspeptiques les moindres signes de la lithiasie biliaire si l'on veut éviter de prendre pour de simples gastropathes des lithiasiques à manifestations gastriques ».

D'un article très intéressant de M. Binet, intitulé : « Crises gastriques prémenstruelles et lithiasie biliaire », paru en 1909 dans la *Tribune Médicale*, nous citerons les lignes caractéristiques suivantes : « L'existence d'une dothiéntérie antérieure chez un homme encore jeune, certaines manifestations de la diathèse dite arthritique chez un homme d'âge mûr peuvent faire soupçonner que la répétition à intervalles plus ou moins réguliers de phénomènes gastriques douloureux du type hypersténique sont prémonitoires des accidents vrais de la lithiasie biliaire.

Mais il faut bien savoir que même si la notion de périodicité est un élément d'importance considérable, elle ne saurait constituer dans le sexe masculin autre chose qu'un signe de probabilité. Au contraire, la répétition des douleurs gastriques se produisant régulièrement et uniquement au moment des règles, doit, à elle seule, faire penser à la lithiasie biliaire. »

En 1912, dans la *Revue de chirurgie* Cotte et Bressot font paraître un excellent travail sur « les troubles dyspeptiques d'origine biliaire » et insistent particulièrement sur le rôle joué par l'infection de

la vésicule biliaire, dans la pathogénie de ces troubles dyspeptiques.

L'année suivante, dans une de ses admirables leçons sur la lithiasé biliaire, le professeur Chauffard a indiqué les troubles digestifs avertisseurs d'une cholélithiasé possible, troubles que certains chirurgiens anglais jugent suffisants pour établir le diagnostic de lithiasé biliaire. Dans le *British Medical Journal* du 4 janvier 1913, le chirurgien anglais Moynihan indique les symptômes inauguraux de la cholélithiasé qui lui permettent de poser le diagnostic précoce de cette maladie ; parfois Moynihan opère après constatation de ces seuls symptômes. Pouvant précéder de plusieurs mois ou de plusieurs années la crise dramatique de colique hépatique, ces troubles inauguraux consistent en sensations de plénitude, de poids, de distension ou d'oppression à l'épigastre survenant une demi-heure à trois quarts d'heure après les repas ; ils sont calmés par les éructations et cessent par les vomissements. Il existe de l'intolérance gastrique pour les corps gras, les fromages fermentés et les œufs. Des brûlures gastriques et des régurgitations acides sont souvent accusées. Pendant ces malaises, le malade ressent une grande constriction qu'il calme en se penchant en avant et en fléchissant la cuisse droite sur l'abdomen. Il faut noter encore une respiration saccadée, des douleurs profondes sous le rebord costal droit, des frissons, de la sensation de chair de poule.

Nous terminerons cet historique en signalant les

remarquables travaux de notre Maître, M. le professeur agrégé Loeper, sur les douleurs tardives pseudopyloriques de la lithiase biliaire et sur les petits signes gastriques de cette maladie.

ETUDE CLINIQUE

I. — Troubles dyspeptiques intestinaux

Ils peuvent se traduire par les formes suivantes : constipation opiniâtre, entérocolite mucomembraneuse, diarrhée persistante, crises diarrhéiques, diarrhée prandiale.

1° **Constipation opiniâtre.** — De tous les troubles intestinaux initiaux de la lithiase biliaire, la constipation est la manifestation la plus habituelle.

A cette période de la cholélithiase Willemin, Cyr, Robin, Houdard, Griscelli, Chauffard, Ramond, Pron ont signalé sa fréquence. Elle peut même constituer le seul symptôme dont se plaignent les malades. Mais généralement elle est associée à des troubles gastriques et le plus fréquemment elle coexiste soit avec la pesanteur stomacale, soit avec les brûlures gastriques.

Cette constipation est caractérisée par son opiniâtreté : les malades restent plusieurs jours sans se présenter à la garde-robe. Cette absence d'évacuations alvines est dans la majorité des cas d'une durée de trois à six jours mais parfois elle va jus-

qu'à huit jours (observation 3). Les matières sont ovillées, sèches, d'une dureté remarquable et ce n'est qu'au prix d'efforts multiples et douloureux que le malade les rejette. Les évacuations sont rarement obtenues sans l'emploi de lavements répétés ou de purgatifs. Cette constipation est si intense qu'elle résiste souvent aux traitements habituels et parfois, seule l'intervention opératoire, l'ablation de la vésicule met fin à une telle paresse intestinale (observation 1). Le professeur Chauffard a également relaté le cas d'un « *malade atteint depuis des années de constipation intense et rebelle à tout traitement et chez qui l'ablation de la vésicule rendue nécessaire par une crise grave de cholécystite calculeuse, régularisa définitivement le fonctionnement de l'intestin* ».

2° **Entérocolite mucomembraneuse.** — Dans ces cas, où la lithiasé biliaire se manifeste par de l'entérocolite mucomembraneuse, le malade est d'abord atteint de constipation opiniâtre, avec les particularités que nous venons de décrire, puis surviennent les mucomembranes.

Ces mucomembranes recouvrent les matières ; elles présentent soit le type amorphe et ressemblent à du blanc d'œuf plus ou moins coagulé ou à des crachats muqueux et adhérents, soit le type rubané.

Un troisième élément caractéristique de l'entérocolite mucomembraneuse est la débâcle diarrhéique constituée par des matières fluides dans lesquelles le plus souvent se trouvent des boulettes dures, des

cyballes. Cette débâcle sera suivie d'une nouvelle phase de constipation.

La douleur spontanée est variable, elle peut manquer, mais le côlon transverse est douloureux surtout à ses angles (observation 3).

Observation 1 (résumée), in thèse Griscelli. — *Constipation opiniâtre*. — L. M..., trente-huit ans, ourleuse. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladie dans l'enfance. Toujours bon appétit mais digestions un peu pénibles : douleurs épigastriques, ballonnement du ventre, éructations acides. *La malade s'est toujours plainte d'une constipation opiniâtre, ne pouvant aller à la selle qu'à l'aide de purgatifs et de lavements*. Cette constipation est devenue surtout très accusée pendant ces derniers temps et c'est une des causes pour lesquelles elle entre à l'hôpital le 19 octobre 1903.

Depuis quatre ans, crises douloureuses avec irradiations dans l'épaule droite réalisant le syndrome de la colique hépatique. Jamais d'ictère. Depuis un an, apparition d'une tumeur molle dans l'hypocondre droit, tumeur devenant douloureuse au moment des coliques. La malade est opérée le 22 octobre. Laparotomie. Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire volumineuse et remplie de gros calculs. Assez nombreuses adhérences péritonéales sous-hépatiques qui sont laissées en place. Guérison.

Novembre 1905. La malade donne de ses nouvelles. Disparition complète des crises douloureuses. Amélioration progressive des troubles digestifs. L'opiniâtreté de la constipation a cédé au traitement chirurgical. *La malade n'est plus obligée de recourir aux purgatifs ou aux lavements pour obtenir des selles*.

Observation 2 (d'après observation *in* thèse Houdard. — *Entérocolite mucomembraneuse*. — *Pesanteur stomacale*. — La nommée L..., âgée de cinquante-huit ans, journalière, vient consulter à l'hôpital Bichat, le 5 juillet 1903.

A l'âge de vingt-huit ans, à la suite de ses premières couches, la malade ressentit ses premiers accidents dyspeptiques. Ils se présentèrent sous forme de poids au creux de l'estomac, avec perte de l'appétit, maux de tête, nausées mais jamais de vomissements. Cet état persista jusqu'à l'époque actuelle avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Actuellement, 5 juillet 1903. Depuis un mois, les douleurs ont augmenté d'intensité. Sensation continue de poids, de ballonnement au creux épigastrique ; le soir, la douleur redouble d'indensité, arrive à son paroxysme à sept heures environ et prend le caractère d'une véritable crise. Ces crises se répètent régulièrement chaque soir, se caractérisent par des élancements partant de l'épigastre et s'irradiant en ceinture des deux côtés, avec une prédominance plus marquée à droite et se prolongeant jusque dans le dos mais jamais à l'épaule droite. Les conjonctives n'ont jamais été jaunes. Langue sale. Haleine fétide. *Constipation opiniâtre. La malade ne va à la selle que par des lavements ou des purgatifs. Matières dures, marronnées recouvertes de glaires et de peaux.*

A l'examen, la région épigastrique est très sensible. *A droite, au niveau de la vésicule biliaire, la pression éveille un point nettement douloureux.*

Observation 3 (inéдите, recueillie à la consultation de l'hôpital Tenon). — *Entérocolite mucomembraneuse*. —

Syndrome tardif au début. — Actuellement crises gastriques précoces. — Mme D..., trente-deux ans, ménagère, vient consulter le 18 février 1920, à l'hôpital Tenon. Elle souffre de l'estomac depuis huit ans. Au début crampes gastriques avec retentissement dans le dos, à jeun et à trois quatre heures de l'après-midi non calmées par les alcalins et par les aliments. Quelquefois vomissements immédiatement après le repas, sans souffrir. Actuellement, la malade souffre immédiatement après le repas, douleur localisée surtout à droite au-dessus de l'ombilic et s'irradiant vers l'épaule droite, pas de vomissements mais nausées. Ces douleurs apparaissent par crises qui durent deux, trois jours parfois un mois, avec intervalle de repos de six mois et même un an.

Pendant grossesse récente, cinq crises durant un mois. *Constipée huit jours. Membranes dans les selles. Débâcles diarrhéiques parfois. Point vésiculaire net. Côlon transverse contractile et douloureux.*

3° Diarrhée persistante. — La lithiase biliaire à ses débuts peut se traduire par une diarrhée persistante durant plusieurs mois, comme dans l'observation que nous donnons plus loin (observation 4). Mais elle peut se manifester aussi par des crises diarrhéiques.

4° Crises diarrhéiques. — Lefranc, Robin, Houdard, Linossier, Chauffard, Ramond ont signalé ces crises diarrhéiques. Elles surviennent loin des repas et dans ce cas elles sont surtout matinales (Lefranc) ou bien elles surviennent au milieu du

repas ou peu après le repas (Linossier, Tripier et Paviot).

a) *Crises diarrhéiques matinales.* — Les crises diarrhéiques matinales doivent faire penser à la lithiase biliaire lorsqu'elles revêtent la physionomie clinique qu'en a tracée Lefranc : « Souvent le matin au réveil, un individu en excellente santé la veille, est pris subitement de douleurs abdominales très aiguës : il avait fait le soir précédent un repas plus copieux que d'habitude ou bien avait été exposé dans la journée à un travail très fatigant. Il a dormi toute la nuit d'un sommeil pesant, mais réveillé tout à coup par la violence de la douleur, il n'a que le temps de satisfaire immédiatement à un impérieux besoin de défécation. Ces selles sont très liquides, verdâtres ; elles provoquent en passant à l'anus une sensation de brûlure très cuisante sans durée. Le segment inférieur du rectum étant vidé, tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'un nouvel écart de régime ou une nouvelle fatigue vienne encore déterminer un accès diarrhéique analogue. »

b) *Crises diarrhéiques survenant au repas.* — Tripier et Paviot ont signalé ces crises diarrhéiques déterminées par l'ingestion des repas. « Les malades ont à peine le temps de sortir de table au point que certains se figurent que c'est le repas pris au moment qui est instantanément rendu par ces selles diarrhéiques. D'ailleurs ces évacuations rapides ne vont pas sans provoquer une colique douloureuse sur le trajet du colon ascendant et du colon transverse, quel-

quefois avec coliques rectales et tenesme. » (Voir plus loin observation 5). Ces crises peuvent exister dans la lithiase biliaire comme dans l'appendicite chronique mais ajoutent Tripier et Paviot : « Les points douloureux à la pression : vésiculaire, épigastrique, appendiculaire nous ont toujours fait revenir au diagnostic exact. ».

Ces crises diarrhéiques peuvent se présenter avec une physionomie clinique un peu différente qu'a remarquablement étudiée M. Linossier. Il a nommé cette diarrhée : *diarrhée prandiale*, parce qu'elle est liée à l'ingestion des aliments. Elle survient soit pendant, soit immédiatement après le repas, le plus souvent au second déjeuner, rarement à tous les repas, exceptionnellement deux fois au cours du même repas. Certains aliments, la viande notamment, semblent plus aptes à la provoquer. Le malade éprouve d'abord une douleur soudaine et vive au creux épigastrique ou au niveau de la vésicule biliaire. Cette douleur consiste en une sensation de violente torsion, elle s'accompagne d'angoisse très pénible, mais ne dure que quelques secondes ou quelques minutes. Des tranchées intestinales surviennent alors, puis un besoin très impérieux d'évacuation, tellement impérieux que le « sujet doit quitter précipitamment la table et qu'il peut ne pas avoir le temps d'atteindre les watter-closets avant que la débâcle se produise. » (Linossier). La selle est constituée seulement par de la bile ou par de la bile entraînant quelques matières. L'évacuation peut

s'accompagner de sensation de brûlure à l'anus. La crise finie, le malade est tout à fait remis et il peut continuer son repas. Un des éléments de ce syndrome peut s'exagérer ou s'atténuer. Par la suppression de la douleur caractéristique la diarrhée prandiale peut se présenter comme une diarrhée primitive : c'est ce qui s'observe souvent dans le cas de lithiase latente. Mais par un examen clinique attentif, on peut arriver à dépister la cholélithiase. En effet, d'une façon constante ou périodique, la région vésiculaire est douloureuse à la pression, le foie est un peu gros, enfin des crises pseudogastralgiques douloureuses et des poussées de subictère surviennent quelquefois.

En résumé, cette diarrhée prandiale s'observe non seulement chez des malades ayant eu déjà des coliques hépatiques, mais également chez des malades atteints de lithiase latente. Aussi, avec le professeur Chauffard, nous concluons : « La constatation de cette diarrhée prandiale si particulière et si pénible et gênante pour les malades doit toujours faire suspecter et chercher la cholélithiase. »

Observation 4 (d'après observation *in* livre Willemin).

— *Diarrhée persistante.* — *La maladie avait débuté par une diarrhée qui se prolongea plusieurs mois.* — Il y a trois ans, Mlle X..., éprouva pour la première fois des crises caractérisées par des douleurs excessivement violentes partant de l'hypocondre droit avec gonflement de cette région et se terminant par de nombreuses et fortes évacuations bi-

lieuses. Pendant longtemps, ces crises se produisirent tous les cinq, six ou huit jours à peu près ; entre ces accès, il existait de la constipation, l'appétit était toujours capricieux et la digestion pénible. A son arrivée à Vichy, la malade présentait un teint ictérique. A l'examen, forte douleur seulement réveillée par la pression dans l'hypocondre droit. Langue saburrale. Après son séjour à Vichy, la santé de la malade s'améliora.

Observation 5 (d'après observation *in* thèse Hernette). — *Coliques intestinales survenant au repas, accompagnées de selles dures, puis liquides.* — B..., trente-deux ans, couturière, entre le 23 juin 1902, à Lariboisière, pour une tumeur du flanc droit, datant de un mois et qui n'a pas subi depuis de modifications de volume. *La malade a commencé à souffrir de l'estomac, il y a trois ans ;* il est apparu des douleurs immédiatement après les repas ; jamais de vomissements. *Depuis cinq ou six mois, elle a remarqué qu'elle avait quelquefois des coliques débutant brusquement au milieu du repas et s'accompagnant de selles dures, puis liquides.* C'est en palpant la région de l'hypocondre droit, devenue plus douloureuse, que la malade s'est aperçue de la présence de la tumeur. Opérée le 12 juillet 1902, la vésicule contenait un calcul du volume d'une petite noisette.

Observation 6 (inédiée, recueillie à la consultation de l'hôpital Tenon). — *Diarrhée prandiale.* — Mme M..., âgée de vingt-huit ans, se présente le 24 décembre 1919 à la consultation. Depuis un an, elle est atteinte de crises épigastriques douloureuses, avec nausées, irradiations dans l'épaule droite et le dos et douleur dans la région hépatique. A plu-

sieurs reprises du subictère a été remarqué. L'appétit est diminué. Tendance à la constipation. Les matières sont recouvertes de mucus et de membranes.

Quelquefois, après l'ingestion des aliments, douleur épigastrique suivie de diarrhée avec débâcle de bile abondante. A l'examen la vésicule est perceptible et douloureuse. Le côlon est sensible sur presque tout son trajet.

II. — Troubles gastriques

Comme l'a dit si justement Moynihan : « Beaucoup d'organes viscéraux racontent l'histoire de leur affection en termes gastriques. »

Et c'est précocement, bien avant l'apparition de la colique hépatique que, par des troubles gastriques, la vésicule calculeuse commence son histoire.

Les manifestations que revêt la lithiasé biliaire à cette période de début, sont très variées. Successivement nous allons étudier : le cardiospasme, la pesanteur stomacale, les brûlures gastriques, la flatulence, manifestations gastriques précoces survenant au début de la digestion, les douleurs tardives et les crises gastriques survenant au déclin de la digestion.

1° **Cardiospasme.** — Comme le soutient M. Lœper le cardiospasme peut être provoqué par la cholélithiasé latente. Nous rappellerons d'abord la remarquable définition du cardiospasme, qui a été tracée par notre maître : « C'est une sensation de striction, de crampe toujours désagréable et parfois douloureuse, localisée par le malade à la région sternale,

accompagnée d'une sorte de tiraillement intime, de déchirure intrathoracique avec irradiations entre les omoplates et sujette à des exacerbations plus ou moins fréquentes et parfois extrêmement pénibles. » La sensation de constriction rétrosternale existe dans l'intervalle des repas mais elle s'accroît souvent au début du repas, pendant la déglutition ; elle peut d'ailleurs, à ce moment là, être remplacée par de la dysphagie.

Pour combattre cette crampe douloureuse ou cette dysphagie, le malade se livre instinctivement à de fréquents mouvements de déglutition, il avale ainsi non seulement de la salive, mais aussi beaucoup d'air et devient aérophage.

De plus : « simultanément et sans doute par voie réflexe, dit M. Lœper, l'irritation du cardia provoque une excitation des glandes salivaires et le phénomène sécrétoire s'ajoute au phénomène mécanique pour accroître encore la sialophagie et l'aérophagie. L'accumulation de salive et d'air ne se fait d'ailleurs pas exclusivement dans l'estomac mais souvent aussi dans la partie terminale de l'œsophage, ainsi qu'en témoignent les régurgitations salivaires, à peine muqueuses, pauvres en débris alimentaires qui se produisent fréquemment. »

Ces divers symptômes ont été bien observés par M. Lœper dans la lithiase au début, comme le prouvent ses deux observations suivantes :

Observation 7. — Mme B..., me fut envoyée en décembre

1913, à Boucicaut, pour des douleurs gastriques datant de plusieurs années. *Elle ressent, quand elle avale, une constriction rétrosternale avec régurgitations fréquentes* qui semble bien dépendre d'un cardiospasme. *Dans le cours de sa digestion, elle se plaint de salivation et présente de véritables vomissements pituiteux.* Elle fut considérée longtemps comme une nerveuse. *Une nuit, elle fit une crise plus violente avec vomissements véritables et élimination d'un calcul par les selles.* Quand je la vis, je constatai une certaine résistance du grand droit du côté droit, une *sensibilité douloureuse dans la région vésiculaire.* M. Aubourg m'affirma l'existence d'un incontestable spasme du cardia, d'une intégrité absolue de l'estomac et d'une *ombre vésiculaire des plus nettes.*

Observation 8. — Mme D..., depuis dix ans, digère mal. Elle a des baillements après les repas, des douleurs dorsales et des *spasmes œsophagiens suivis de régurgitations salivaires.* Elle aussi fut considérée comme une nerveuse, bien que valériane et bromure fussent restés sans effets. La palpation fait percevoir un empâtement douloureux sous-hépatique et *la radiographie montre une grosse vésicule.*

2° Pesanteur stomacale. — Willemin, Robin, Houdard, Pron, Lœper ont noté la pesanteur digestive parmi les troubles gastriques initiaux de la lithiase biliaire.

Peu de temps après le repas, une demi-heure à une heure après, le malade ressent une gêne, une sensation de poids au niveau de la région épigas-

trique. Cette pesanteur s'accompagne presque toujours de tiraillements et fréquemment de sensations de gonflement, de ballonnement et parfois de gêne respiratoire. Le malade ne peut supporter aucun lien constricteur, les vêtements le gênent et il doit les desserrer. Chez certains sujets se produisent des palpitations, des bouffées de chaleur au visage, des baillements répétés, de la somnolence. Ces divers malaises obligent fréquemment le malade à s'allonger quelques instants sur une chaise-longue ou un lit, ou même à se coucher. Ils diminuent d'intensité ou disparaissent plus rapidement dans la position allongée.

La durée de ces symptômes est variable, elle va d'une demi-heure à trois ou quatre heures.

Observation 9 (inédite). — Mlle Marcelle F..., âgée de dix-neuf ans, infirmière.

En février 1918, apparurent les premiers troubles gastriques. Par périodes et assez fréquemment la malade souffrait de pesanteur stomacale accompagnée de baillements et de somnolence. Ces malaises commençaient une demi-heure après le repas. La malade s'allongeait sur un lit et une demi-heure après les malaises avaient cessé.

Intolérance gastrique pour les salades ou les fruits crus. L'ingestion de ces aliments était suivie de vomissements, mais jamais de vomissements bilieux.

Le 8 avril 1919, la malade eût une violente crise de colique hépatique : douleur à l'épigastre et au niveau de l'hypocondre droit avec irradiations vers l'épaule droite et les reins,

vomissements alimentaires et bilieux. La malade entra ce jour-là à l'hôpital Cochin. Les accidents que nous venons de mentionner furent suivis d'ictère des téguments et des conjonctives et de décoloration des selles.

Observation 10 (inédite). — Mme B..., cinquante deux ans. Lingère.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Variole à un an. Régulée à quatorze ans. Epistaxis fréquentes à seize ans. Bronchites tous les hivers depuis l'âge de trente ans. Hémoptysies répétées depuis l'âge de trente-sept ans jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans. Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de quarante ans.

Etude de la maladie. — A partir de novembre 1900, la malade a commencé à se plaindre de son estomac. Appétit conservé mais digestions pénibles. Pesanteur gastrique très accusée survenant une demi-heure après les repas et durant trois heures. Le creux épigastrique était douloureux. Les vêtements causaient de la gêne et devaient être desserrés. La douleur n'avait pas d'irradiations. Nausées fréquentes le matin. Constipation opiniâtre qui nécessitait l'usage fréquent de lavements ou de purgatifs. Parfois crises diarrhéiques.

Cet état a duré sept ans, jusqu'en décembre 1907.

A partir de cette époque les troubles digestifs ont diminué d'intensité puis disparu et la malade n'a pas souffert jusqu'en 1914.

En novembre 1914 les troubles digestifs ont réapparu. Une demi-heure après le repas la malade ressentait de la pesanteur, des tiraillements accompagnés de baille-

ments répétés. Le creux épigastrique était douloureux et la douleur s'irradiait vers l'épaule droite. Pas de douleur au niveau de l'hypocondre droit.

Les divers malaises que nous venons de signaler étaient parfois si accentués que la malade devait se coucher.

En novembre 1917, diarrhée persistante, la malade dût s'aliter pendant huit jours. Après cette diarrhée persistante la constipation opiniâtre est revenue.

Les troubles digestifs n'ont pas décréu.

En mai 1919 la malade a ressenti, trois heures après le repas, une douleur au niveau de l'hypocondre droit s'irradiant vers l'épaule et vers les lombes, suivie de vomissements alimentaires et bilieux; existence d'un mouvement fébrile; frissons, chaleur, sueur. Cette crise douloureuse fut suivie d'ictère.

La malade a eu une nouvelle crise douloureuse le 14 juillet 1919, suivie d'ictère.

En août, crise moins douloureuse sans ictère, en octobre nouvelle crise douloureuse suivie d'ictère. Les diverses crises douloureuses ont été accompagnées d'un mouvement fébrile plus ou moins accentué. La malade a continué de souffrir de son hypocondre droit jusqu'à la fin de décembre 1919.

Le 1^{er} janvier 1920, nouvelle crise très douloureuse. Le 12 janvier la malade est venue à la consultation de l'hôpital Tenon, et elle est entrée à cet hôpital le lendemain, dans le service de M. Lœper.

A l'entrée à l'hôpital: téguments, conjonctives, muqueuses jaunes. La palpation de l'épigastre et de l'hypocondre droit provoque de violentes douleurs. Les urines sont couleur de

bière brune et contiennent des pigments biliaires. Les matières fécales sont décolorées. La malade déclare avoir beaucoup maigri : en novembre 1917 elle pesait 90 kilogrammes, actuellement 70 kilogrammes.

Dans les jours qui suivent son entrée à l'hôpital, la malade éprouve une douleur vive dans la région épigastrique qui subit fréquemment des paroxysmes la nuit vers 2 à 3 heures du matin. A ce moment surviennent des frissons violents suivis de sueurs abondantes, de vomissements. A la suite, l'ictère devient plus intense. A l'examen local la malade présente dans la région épigastrique une tuméfaction perceptible à jour frisant constituée par un empâtement diffus, douloureux. Contracture des muscles grands droits.

Cedème de la paroi. Légère circulation collatérale. Foie sensible, déborde le rebord des fausses côtes. Point phrénique douloureux. Rate normale.

5 mars. — La tuméfaction épigastrique s'est affaïssée, il n'y a plus qu'un peu d'empâtement peu étendu, la région est plus souple et non douloureuse, subictère léger.

15 mars. — Mouvement fébrile avec frissons et sueurs. Subictère plus accentué. Région épigastrique plus tendue et douloureuse. Urines acajou.

Actuellement : 6 mai. — Région souple non douloureuse. Foie normal.

Deux radiographies pratiquées à un mois et demi de distance, la dernière le 3 mai 1920, présentent des différences caractéristiques. La première montre un estomac légèrement déformé, oblique, attiré vers le foie ; la deuxième au contraire montre un estomac à peu près vertical, presque revenu à sa forme normale.

3° Brûlures gastriques. — Les brûlures gastriques peuvent être des manifestations initiales de la lithiase biliaire.

M. Lœper a particulièrement insisté sur leur apparition au début de cette affection.

Les malades ressentent d'abord un tiraillement au niveau du creux épigastrique, puis la douleur devient plus aiguë et donne la sensation de brûlure. Ces douleurs sont accompagnées, en général, de régurgitations aigres ou acides, quelquefois d'éruc-tations. Elles peuvent être suivies de vomissements alimentaires et bilieux. Parfois elles s'accompagnent d'irradiations dans le dos et l'hypocondre droit. Le plus souvent, les brûlures gastriques sont précoces et surviennent une demi-heure à une heure après le repas ; mais parfois elles sont tardives et se produisent trois et quatre heures après le repas, elles semblent alors « l'équivalent atténué des douleurs violentes pseudopyloriques » (Lœper).

Généralement les brûlures gastriques durent une heure environ.

Elles peuvent survenir par crises comme l'a signalé M. Pron et comme le montre bien l'observation 11.

Observation 11 (d'après observation in thèse Hernette).

— B... Joséphine, âgée de cinquante-cinq ans, demoiselle de magasin, entre le 23 avril 1900 dans le service de chirurgie de l'hospice d'Ivry. Malade depuis quatre ans. A la suite d'une contrariété en juillet 1896, elle a éprouvé des malaises

après les repas ; elle souffrait au niveau de la région épigastrique de tiraillements, puis de brûlures, qui commençaient dès la fin du repas, les douleurs ne s'accompagnant d'aucune irradiation. Au bout d'un quart d'heure se produisaient des vomissements alimentaires et bilieux, marqués surtout après le repas du midi. Trois ou quatre jours de suite, ces crises se reproduisaient durant une heure environ. Souvent la malade restait un mois sans avoir de vomissements, mais ses digestions restaient un peu difficiles et elle souffrait toujours un peu. Sur les conseils de son médecin, elle se met au régime lacté ; on lui fait des lavages d'estomac. Son état semble s'améliorer, cependant elle dit qu'elle a maigri beaucoup pendant ces deux années.

En novembre 1898, la malade a pour la première fois une crise de coliques hépatiques qui dure six heures avec irradiations dans l'épaule droite ; on doit lui faire une piqûre de morphine. Pendant deux ou trois jours, la malade est ictérique. On ne retrouve pas de calculs dans les selles.

Observation 12 (d'après observation in thèse de Houdard). — Mlle T..., âgée de vingt et un ans. Lingère. Entrée le 19 août 1903, salle Louis, à l'hôpital Bichat.

Depuis l'âge de dix-sept ans et demi, douleurs caractérisées par une vive sensation de brûlure au creux épigastrique et s'accompagnant de renvois acides et aqueux, presque toujours suivis de vomissements alimentaires et bilieux. Ces douleurs survenaient principalement le soir, soit une heure, soit trois ou quatre heures après le dernier repas. Elles duraient environ une heure avec des alternatives d'exaspération et de paroxysmes.

En 1901, les douleurs épigastriques deviennent plus fréquentes et plus vives avec leur cortège inséparable de brûlures, de vomissements bilieux, d'irradiations dans le côté droit, au niveau des dernières côtes et dans les reins. En même temps la malade est atteinte de diarrhée.

Le 16 août 1903, la malade est prise d'une crise très violente de coliques hépatiques.

Observation 13 (d'après H. Adler). — Dans le *Medical Record* du 9 octobre 1909, M. Adler de Baltimore relate le cas d'une femme de quarante-trois ans à antécédents héréditaires hépatiques qui, soignée pour hyperchlorhydrie d'origine nerveuse fit deux mois après une crise de coliques hépatiques des plus nettes.

4^e Flatulence. — Nous avons vu que la pesanteur digestive s'accompagnait fréquemment de ballonnement gastrique. Chez certains malades ce dernier symptôme est prédominant et l'affection calculeuse du foie prend alors le masque de la dyspepsie flatulente. Cyr, Lefranc, Robin, Mauban, Lœper ont signalé la flatulence comme trouble initial de la lithiase biliaire.

Dans cette forme de dyspepsie, le gonflement gastrique est très accusé et persistant parce que les malades sont devenus aérophages. Mauban nous a bien montré de quelle façon se produit l'aérophagie quand la sensation de distension et de ballonnement est intense et que, par suite, la respiration est gênée. Il naît un « besoin impérieux de vomir ou d'éructer et comme l'émission d'un rôt obtenu cependant avec

difficulté a donné au passage une sensation de bien-être au moins égale à celle que lui procure un vomissement, il répète ses efforts et finit par déglutir de l'air qu'il rend en rôts sonores et excessivement nombreux. Le malade devient ainsi peu à peu aérophage inconscient ». L'aérophagie survient fréquemment à l'occasion de ballonnement gastrique mais elle survient aussi — moins souvent toutefois — à l'occasion de douleurs gastriques même légères ou de cardiospasme. Dans tous les cas, au météorisme stomacal est souvent associé du météorisme intestinal : en plus des éructations le malade a alors des gaz intestinaux. Ces divers symptômes peuvent survenir après chaque repas et aussitôt après chaque repas. Mais parfois le syndrome flatulence ne se manifeste qu'à l'occasion de crises gastriques intermittentes, qui généralement, surviennent assez tardivement par rapport aux repas. Ces crises consistent en douleur épigastrique, pesanteur, gonflement stomacal, nombreuses éructations inodores. L'observation 16 que nous donnons plus loin est tout à fait typique. Ces crises peuvent se produire à la suite du surmenage, des secousses physiques ou morales. Mais le fait le plus caractéristique et que Mauban a bien mis en relief est que l'aérophagie n'a lieu qu'à l'occasion de ces crises intermittentes. Sur 26 cas observés par Mauban « dix fois l'aérophagie et l'épigastralgie associées ont été diagnostiquées antérieurement à l'apparition des accidents de la lithiase biliaire » alors que celle-ci n'était que soupçonnée. Aussi

comme le conseille Mauban, il faudra penser à la lithiase biliaire lorsqu'on se trouvera en présence « de douleurs épigastriques fortes mais intermittentes survenant sous forme de crises, laissant dans l'intervalles l'estomac dans un état normal et coïncidant avec une aérophagie également intermittente ».

Observation 14 (d'après observation in thèse Hernette).

— Mme J... trente-cinq ans, entre dans une maison de santé, rue Bizet, en mai 1898. Cette malade a souffert, il y a huit ans, de digestions pénibles et de flatulence gastrique. Ni vomissements, ni douleurs vives. Il y a trois ans, un matin, après une grande fatigue, première crise : douleur violente du côté droit irradiant vers l'épaule droite, empêchant la malade de remuer ; la douleur dura six jours, ne s'accompagnant pas d'ictère mais amenant des vomissements répétés. Crises successives par la suite. La malade fut opérée en 1898 et trois calculs furent extraits de la vésicule.

Observation 15 (in article Cornillon. *Progrès Médical*, 1879). — Mme Ch... âgée de vingt-trois ans, vint à Vichy, en juin 1875 pour des coliques hépatiques, dont elle se plaignait depuis deux ans. En 1877, je vis son père qui me consulta pour des douleurs d'estomac après le repas datant de quinze ans. La digestion était pénible, il y avait de la flatulence abdominale, des éructations abondantes, des tiraillements à la région épigastrique. Je lui conseillai le même régime et les mêmes sources qu'à sa fille ; il en éprouva un grand soulagement.

Observation 16 (d'après observation in thèse Hernette).

E.-P. Candelon

— S. M. P. âgée de trente ans, entre le 4 mai 1898, à l'hôpital Bichat.

Depuis trois ans environ, cette malade a des troubles dyspeptiques qui augmentent peu à peu. A jeun, elle souffre de céphalée, de vertiges, de nausées, mais sans douleur, ni vomissements. Depuis deux ans, elle est sujette à des crises gastriques qui surviennent à *intervalles irréguliers*, mais toujours *plusieurs heures après les repas*. Certains aliments (porc, bœuf bouilli, choux, haricots) provoquent plus facilement les douleurs qui s'accompagnent de *pesanteur*, de *gonflement d'estomac*, de bouffées de chaleur, de *renvois sans odeur*. Il y a un mois, crise douloureuse plus violente qui dure quarante-huit heures, avec intolérance gastrique (douleur, nausées, vomissements). Depuis ce moment les douleurs sont plus vives qu'auparavant, les digestions pénibles et difficiles, l'épigastre douloureux après le repas et une sensation de pesanteur stomacale augmentant quand la malade marche ou est debout. Amaigrissement notable. Constipation prononcée ; glaires et peaux dans les selles. A l'inspection, voussure de la région épigastrique ; à la palpation tumeur à droite de l'ombilic, légèrement douloureuse à la pression et ne prenant pas le contact lombaire.

La malade fut opérée le 12 mai 1898. Cholécystectomie. Gros calcul dans le cystique.

5° Douleurs tardives. — Les douleurs tardives sont les plus fréquents des troubles gastriques initiaux de la cholélithiase. Salignat, Soupault, Lœper les ont bien étudiées.

Ces douleurs sont purement vésiculaires ou pren-

nent absolument le masque du syndrome pylorique. Elles sont dues alors à une irritation réflexe du pylore ou à des adhérences péripyloriques précoces déterminées par la lithiase. Dans les 2 cas, elles se manifestent au plus tôt deux heures après les repas, généralement de deux à cinq heures après les repas. Le plus souvent elles surviennent brusquement au cours de la digestion, mais quelquefois sitôt après le repas le malade ressent une douleur épigastrique légère mais continue qui subit une exacerbation violente caractéristique deux à cinq heures après le repas. Les douleurs tardives siègent à l'épigastre, elles s'accompagnent d'irradiations dorsales et scapulaires, de nausées, de régurgitations, souvent de vomissement alimentaires et bilieux.

Les douleurs purement vésiculaires n'ont ni la régularité, ni la constance des douleurs pyloriques ; elles peuvent survenir indépendamment de l'alimentation. « Le tubage à jeun ne permet pas de retrouver des débris de légumes ou de fruits ingérés la veille et ne ramène aucun liquide de stase ; la radioscopie n'indique aucun obstacle, aucune gêne de l'évacuation gastrique, aucune adhérence du foie à l'estomac et la radiographie aucune déformation permanente de la région pyloroduodénale. » (Lœper).

Observation 17 (d'après article Soupault et Salignat). — Mme N..., âgée de soixante ans, couturière. Depuis trois ans, périodes de troubles dyspeptiques caractérisées par des douleurs plusieurs heures après les repas. D'après la malade, elle

n'a eu ni ictère, ni urines foncées, ni matières décolorées. Depuis quinze jours, les douleurs beaucoup plus intenses commencent deux heures après chaque repas, elles vont en augmentant et durent quatre à cinq heures pour se terminer seulement lorsque la malade se fait vomir volontairement. Ces douleurs ont diminué ces derniers jours mais elles sont encore assez intenses. Un peu d'ictère. Sensibilité à la pression au creux épigastrique. La vésicule tendue et douloureuse se sent au palper. Le foie est sensible à la palpation. Il dépasse légèrement le rebord des fausses côtes. Réaction de Gmelin positive. Le traitement de la lithiase biliaire améliore la malade.

Observation 18 (d'après article Soupault et Salignat). — Mme B..., âgée de quarante-cinq ans. Troubles dyspeptiques depuis quatre mois. Douleurs au creux épigastrique par périodes de deux à trois jours. Ces douleurs commencent deux à trois heures après le repas de midi et vont en augmentant jusqu'à ce que la malade ait vomi. Le vomissement la soulage immédiatement. Le soir, la malade ne prend que du bouillon et elle ne souffre pas la nuit. Constipation. Fèces colorés. Urines rouges. La malade a eu deux fois des crises si violentes qu'on a dû lui faire des piqûres de morphine. A l'examen, sensibilité au creux épigastrique et au niveau du foie. Pas d'ictère. Réaction de Gmelin positive. Cure thermique à Vichy et traitement de la lithiase biliaire, régime. Disparition des douleurs et des vomissements.

Observation 19 (d'après observation in thèse Marchais). — Pescio Marie souffre de maux d'estomac depuis six ans. Elle a commencé de ressentir des douleurs siégeant au creux

épigastrique et irradiant entre les épaules. Ces douleurs n'étaient pas journalières, mais apparaissaient d'une façon intermittente. Elles atteignaient leur maximum trois ou quatre heures après les repas. Pas d'hématémèse, ni de méloena. Deux ans après, apparurent des vomissements alimentaires et bilieux survenant après les repas ; ils étaient surtout bilieux le soir vers les 10 heures. Constipation opiniâtre.

Amaigrissement rapide. En mars 1898, crises violentes de coliques hépatiques. Les douleurs épigastriques et l'amaigrissement augmentent et la malade est opérée le 22 mai. La face inférieure de la vésicule adhérait à la région pylorique par de larges adhérences. 64 calculs dont le volume variait d'un gros pois à celui d'une tête d'épingle, furent retirés de la vésicule.

6° Crises gastriques. — La physionomie clinique de ces crises gastriques est si particulière qu'elle ne peut qu'attirer l'attention vers la lithiase biliaire. Cyr, Mossé, Chauffard ont surtout insisté sur l'importance de ces manifestations gastriques de début de la cholélithiase. Nous emprunterons au professeur Chauffard la description de ces crises gastriques : « Chez ces sujets, sans écart de régime ou cause alimentaire nette, mais souvent après une fatigue physique, des secousses brusques ou un choc émotif, apparaît une épigastralgie douloureuse, une sensation de constriction, de crampe viscérale ; la crise est en général assez tardive par rapport aux repas, elle dure plus ou moins longtemps, se calme

ou cesse après des applications chaudes à l'épigastre. Une fois la crise passée, le fonctionnement gastrique redevient normal. Cette allure paroxystique, cette absence de toutes douleurs dans l'intervalle des crises, voilà le fait significatif, celui qui doit nous mettre en garde. Il s'agit là, de véritables coliques hépatiques à forme fruste et ne se décelant que par un signe que nous retrouverons dans l'étude des formes typiques : l'épigastralgie. »

Pour M. Chauffard, ces crises gastriques constituent un « type clinique très fréquent de haute valeur et permettant souvent de porter un diagnostic relativement précoce. »

Crises gastriques prémenstruelles. — On sera plus facilement conduit à penser à la cholélithiasie lorsque ces crises gastriques surviendront quelques jours avant les règles. C'est M. Binet qui a bien montré que la périodicité des *douleurs gastriques tardives prémenstruelles* constituait « un élément de diagnostic des plus précieux pour faire dépister de bonne heure la lithiasie biliaire avant l'apparition de toute crise calculeuse. » Ces crises ont le plus souvent une date d'apparition très précise. La plupart du temps, elles débutent trois jours avant le premier écoulement sanguin, quelquefois deux jours avant, rarement la veille. Souvent, dès les premières émissions sanguines, il y a cessation immédiate des douleurs d'estomac existantes. Ces crises présentent généralement le tableau du syndrome pylorique. Elles surviennent vers la fin de la digestion, au moins trois

ou quatre heures après le repas ; elles consistent en crampes douloureuses au niveau de l'estomac, avec irradiations scapulaires et dorsales ; elles sont accompagnées de nausées ou de vomissements. Sur 26 femmes atteintes de ces crises gastriques, à qui M. Binet avait prescrit un traitement antilithiasique sévère, 19 ont vu désormais leurs règles se passer très normalement, sans ressentir de troubles gastriques. Donc, comme le conseille M. Binet : « dans l'interrogatoire d'une femme dyspeptique, il y a lieu de se renseigner d'une manière scrupuleusement exacte et de savoir d'abord si les phénomènes douloureux dont elle se plaint sont périodiques, ensuite s'ils surviennent avant les règles. »

Observation 20 (d'après observation *in* thèse Hernette).

— R... Antoinette, âgée de trente ans, entre le 1^{er} avril 1899, à l'hôpital Bichat, pour troubles gastriques datant de trois mois. Toujours bien portante auparavant, elle a eu, il y a cinq mois, une fièvre typhoïde. Depuis sa guérison, elle souffre de troubles gastriques, caractérisés par des crises douloureuses survenant chaque soir, *quelques jours avant l'apparition des règles* et durant de trois à cinq jours ; ces crises débutent généralement dans la nuit, cinq ou six heures après le repas, par de vives douleurs, d'abord localisées au creux épigastrique et irradiant en ceinture à toute la partie supérieure de l'abdomen et le dos, elles sont plus marquées à droite qu'à gauche et aboutissent à des vomissements alimentaires, puis bilieux. Dans l'intervalle des crises, un peu de gêne et de pesanteur dans l'hypocondre droit. Au palper,

tumeur piriforme du volume d'une grosse mandarine, à surface irrégulière, un peu douloureuse à la palpation siégeant dans la région supérieure et droite de l'abdomen. Dilatation de l'estomac. Opérée le 5 avril 1899. La vésicule contenait sept calculs.

Observation 21 (d'après Tilton, *in* article Lèjars). — Une femme de quarante ans était traitée depuis cinq années pour des crises douloureuses épigastriques, accompagnées de vomissements. La malade n'avait jamais eu d'ictère, ni de douleur scapulaire. La vésicule n'était pas sensible. Les crises se répétant et l'amaigrissement s'accroissant chaque jour, on décida une laparotomie exploratrice. La vésicule contenait de 200 à 300 petits calculs. Après extraction des calculs et cholécystostomie, la malade fut guérie.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de manifestations dyspeptiques aussi variées est évidemment complexe, mais elle s'éclaircit singulièrement, pour la plupart des cas, si l'on admet l'importance de l'infection biliaire, infection qui ne peut être mise en doute, car « de très nombreux travaux ont montré que la bile des lithiasiques était infectée d'une façon presque constante » (Flandin).

On doit à Cotte et Bressot d'avoir bien mis en lumière l'action de l'infection biliaire. Cette infection ou bien altère indirectement le fonctionnement du tube digestif par l'intermédiaire de la circulation ou de l'innervation, ou bien altère directement le fonctionnement du tube digestif en diffusant jusqu'au niveau de l'estomac, de l'intestin, du pancréas par propagation péritonéale ou lymphatique.

L'infection peut agir indirectement par l'intermédiaire de la circulation. En effet, consécutivement à la présence de concrétions biliaires et de bile septique dans la vésicule et les voies biliaires, il pourra résulter de l'inflammation des veinules de la vésicule et des voies biliaires, de la congestion hépatique et partant, de la gêne dans la circulation de la veine porte.

Cette gêne engendrera de la stase dans les veines de l'estomac puisque la plupart des veines de l'estomac aboutissent à la veine porte. « La circulation veineuse jouant un très grand rôle dans les diverses fonctions digestives et cette circulation étant ralentie chez certains lithiasiques, il s'ensuit une perturbation de ces diverses fonctions se traduisant surtout par des symptômes d'hyposthénie » (Salignat et Foucaud).

L'infection biliaire peut être la cause de troubles nerveux. On sait que la vésicule et les voies biliaires, l'estomac, l'intestin sont innervés par le pneumogastrique et le grand sympathique. Or, les filets nerveux de la vésicule et des voies biliaires aboutissent au plexus solaire mais à ce plexus aboutissent aussi les filets nerveux de l'estomac et de l'intestin. Par suite, tout trouble, toute lésion naissant des nerfs de la vésicule et des voies biliaires congestionnées, enflammées, se transmettra au plexus solaire et il en résultera une irritation des filets moteurs et sensitifs se rendant à l'estomac et à l'intestin. D'autre part, les « nerfs de l'abdomen supérieur et surtout le pneumogastrique dont l'action sur la motricité stomacale est si considérable, peuvent se laisser irriter par des exsudats inflammatoires ou emprisonner dans des adhérences » (Lœper).

Ces adhérences, qui peuvent se constituer à la période de début de la lithiase biliaire sont dues à la péritonite sous-hépatique sur laquelle ont tant insisté de nombreux auteurs et surtout Tripier, Paviot, Cotte, Bressot, Gardère, Griscelli.

Il est facile de concevoir comment le péritoine participe à l'infection vésiculaire même atténuée. De cette vésicule, lieu de séjour d'une bile septique, l'infection gagnera le péritoine soit par la voie de la lymphangite interstielle comme dans l'appendicite, soit directement par suite de la présence d'invaginations qui de la surface interne de la vésicule vont jusqu'à la séreuse. Lecène a mis en lumière l'existence de ces invaginations : « dans les vésicules lithiasiques, même lorsqu'elles sont relativement peu altérées, il existe fort souvent des invaginations très profondes de l'épithélium normal de revêtement dans la paroi vésiculaire. Ces invaginations s'enfoncent très profondément dans la paroi vésiculaire ; elles traversent la couche plexiforme musculaire et pénètrent dans la sous-séreuse jusqu'au contact même de la séreuse. »

Cette péritonite à point de départ vésiculaire pourra se produire au cours d'une petite crise fébrile qui, « si minime qu'elle soit, prend dans l'interrogatoire des malades une importance considérable et que l'on peut estimer aussi grande dans la lithiase vésiculaire que dans l'appendicite chronique » (Lœper). Mais, parfois, elle se produira sans réaction aucune car « les péritonites à températures basses, voire même avec hypothermie ne sont pas très rares » (Tripier et Paviot). Quoi qu'il en soit, cette péritonite déterminera des adhérences reliant la vésicule au pylore et au duodénum. Tripier et Pariot ont trouvé ces adhérences péritonitiques reliant la vésicule aux

organes voisins « dans tous les cas où des calculs existaient dans la vésicule. »

Mais cette péritonite ne fait pas que créer des adhérences gênant par leur existence le libre fonctionnement de l'estomac ou de l'intestin, elle propage directement l'inflammation aux organes voisins. Pour Cotte et Bressot cette dernière action est prépondérante et ainsi, l'inflammation de la vésicule diffuserait jusqu'au niveau de l'estomac ou de l'intestin et en troublerait les fonctions. Enfin, ces deux auteurs insistent également sur la propagation de l'infection par la voie lymphatique. « Par ses lymphatiques, la vésicule retentit aussi sur les organes voisins et en particulier sur le pancréas. On sait aujourd'hui par les recherches de Thiroloix, de Mlle Maugeret, d'Arnsperger, que maintes pancréatites biliaires n'ont pas d'autre origine. Il n'est donc pas invraisemblable d'admettre qu'à un degré moindre l'infection pancréatique puisse se traduire par une dyspepsie dont les effets viennent se surajouter à ceux qui proviennent des lésions gastriques ou duodénales. »

Nous terminerons cet exposé général de la pathogénie, en parlant du rôle fréquent, peut-être même très important — comme le pense M. Loeper — que joue l'inflammation du petit épiploon dans le mécanisme des troubles gastriques.

Jusqu'à ce jour l'attention s'est peu portée vers l'inflammation du petit épiploon. Nous allons, d'abord, par quelques considérations anatomiques, tâcher de

montrer combien facilement l'infection peut se propager de la vésicule au petit épiploon.

La face inférieure de la vésicule biliaire nous présente un riche réseau lymphatique. De ce réseau qui reçoit des vaisseaux lymphatiques issus de la muqueuse de la vésicule, partent deux groupes de vaisseaux, dit Testut ; les uns, lymphatiques externes, les autres lymphatiques internes. Ces derniers longent le côté gauche de la vésicule et aboutissent en partie au ganglion cystique, en partie aux ganglions du sillon transversal. Le ganglion cystique qui se trouve sur le côté gauche du col de la vésicule est remplacé parfois (J.-L. Faure) par un paquet de gros lymphatiques qui entourent le col et en suivant le canal cystique vont se jeter dans les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique.

D'autre part, on sait que le col de la vésicule est situé à l'extrémité même du petit épiploon mais qu'il peut être placé dans son épaisseur (Charpy). Quant au canal cystique, il est toujours contenu dans le petit épiploon.

Des rapports anatomiques que nous venons d'exposer, découle le mécanisme de propagation de l'infection. Cette propagation se fera soit par voie lymphatique : partie de la muqueuse vésiculaire l'infection biliaire aboutira aux ganglions du petit épiploon, soit directement, par contact du col de la vésicule, du ganglion cystique ou du canal cystique enflammés avec le petit épiploon. On voit donc combien facilement l'infection partie de la vésicule biliaire ou du

canalcystique peut se transmettre à l'épiploon gastro-hépatique.

Consécutivement à son inflammation, le petit épiploon pourra se rétracter. L'examen radiologique nous apporte à ce sujet d'intéressants renseignements. Les radiographies montrent souvent, dans la lithiase biliaire, la déformation de l'estomac attiré à droite vers le foie. Cet aspect oblique du foie a été même constaté dans des cas de lithiase biliaire se traduisant uniquement par des douleurs frustes et des troubles dyspeptiques. M. Loeper a publié une radiographie caractéristique d'un estomac ramassé sur son hile et attiré sous le foie, déformations dues à une lithiase biliaire fruste. Dans des lésions plus avancées, l'hépatofixation stomacale est beaucoup plus accentuée.

La thèse de Colombier contient une superbe photographie où l'on voit très nettement cette hépatofixation stomacale. La malade dont nous avons donné plus haut l'observation (obs. 10) fut soumise à deux reprises à l'examen radiologique et les deux radiographies obtenues présentaient des différences notables.

Il a paru logique d'attribuer ces déformations stomacales survenant dans la lithiase biliaire à la rétraction du petit épiploon consécutive à son inflammation.

L'inflammation du petit épiploon pourra donc intervenir dans la production des troubles gastriques par action mécanique, par attraction de l'estomac

vers le foie. Mais elle pourra intervenir aussi par altération du pneumogastrique. On sait, en effet, que le petit épiploon s'insère sur la petite courbure de l'estomac. Or, c'est justement au niveau de la petite courbure de l'estomac que sont les plus grosses ramifications du pneumogastrique. Et les altérations de ce nerf seront grosses de résultats, car, comme le dit M. Loeper : « il est à peine besoin de rappeler que le pneumogastrique est par excellence le nerf moteur de l'estomac, que son altération peut être responsable du spasme pylorique, du spasme médio-gastrique et du spasme cardiaque ».

Nous allons tâcher, maintenant, d'exposer la pathogénie de chacun de ces troubles dyspeptiques.

Constipation opiniâtre. — Elle peut s'expliquer par des troubles de la sécrétion biliaire ou par des troubles dus à l'irritation péritonéale.

a) *Troubles de la sécrétion biliaire.* — La bile favorise le cours des matières en excitant les contractions intestinales. Si la sécrétion biliaire est diminuée, il y aura diminution de bile dans l'intestin et par suite constipation par retard de l'évacuation (Foucaud et Salignat).

b) *Troubles dus à l'irritation péritonéale.* — Comme Villard l'a bien montré, « la constipation dans un grand nombre de circonstances a pour cause des lésions inflammatoires chroniques plus ou moins latentes du péritoine ». Consécutivement à cette inflammation chronique localisée du péritoine, il résulte l'atonie et la parésie de la musculature de

l'intestin par confirmation de la loi de Stokes « Il ne peut y avoir de doute sur ce fait que là où des tissus musculaires sont en connexion intime avec d'autres tissus enflammés, leur fonctionnement souffre ; on observe d'abord un trouble de la sensibilité se traduisant par de la douleur et des spasmes et ensuite une paralysie plus ou moins complète. »

Mais, comme le dit avec juste raison Griscelli, cette paralysie peut aussi se produire par action réflexe. Les processus inflammatoires venus du péritoine peuvent irriter les rameaux du grand sympathique, il en résulte l'arrêt des mouvements de l'intestin et partant la constipation.

Entérocolite muco-membraneuse. — On peut supposer qu'elle est due à un spasme et à une hyper-sécrétion réflexe de l'intestin ayant pour point de départ l'irritation de la vésicule et des conduits biliaires (Soupault et Salignat).

C'est également l'hypothèse qu'admet Jouaust : l'entérocolite muco-membraneuse se présente comme un réflexe consécutif à la lithiase. Le point de départ du réflexe réside dans l'organe malade, le résultat est représenté par les mucosités intestinales ; quant au centre, il a bien probablement son siège dans les plexus solaires abdominaux. »

Pour Gardère, l'entérocolite muco-membraneuse est due à « la gêne apportée au cours des matières par les coudures et les adhérences qu'on retrouve constamment au niveau de l'angle droit du côlon et aussi à l'affaiblissement du muscle intestinal ».

Crises diarrhéiques. Diarrhée prandiale. —

Pour Tripier et Paviot, les selles diarrhéiques des cholélithiasiques sont une conséquence de la péritonite sous-hépatique ; elles sont « un mode d'évacuation rendu nécessaire par la gêne et les coudures déterminées sur l'intestin. »

Pour M. Linossier, la diarrhée prandiale, diarrhée qui s'observe surtout chez des nerveux, est due à une expulsion brusque de la bile dans l'intestin ; ce dernier « réagit à cet afflux subit et excessif de bile par des mouvements péristaltiques désordonnés, qui font parcourir en quelques minutes au liquide toute la longueur du segment intestinal ». Quant à la douleur, elle est due aux contractions spasmodiques de la vésicule.

Cardiospasme. — Le cardiospasme est dû à une irritation du pneumogastrique (Lœper) Ici le spasme du cardia est causé vraisemblablement par une irritation réflexe du pneumogastrique ayant son point de départ dans la vésicule biliaire ou par une irritation propre du pneumogastrique par des exsudats inflammatoires.

Pesanteur stomacale. — Elle peut être occasionnée par des troubles circulatoires. C'est l'opinion de Salignat et Foucaud ; « nous avons trouvé que, chez nos malades atteints de dyspepsie hyposthénique il y avait de la congestion hépatique permanente ou passagère, beaucoup plus manifeste que chez nos autres dyspeptiques biliaires ».

Mais il est permis de supposer que cette pesanteur

est due parfois, soit à un spasme médiogastrique passager, peu accentué, soit à un spasme passager et du cardia et du pylore, consécutifs à une inflammation plus ou moins accusée de l'épiploon gastro-hépatique.

Brûlures gastriques. — Nous admettons avec Salignat et Foucaud qu'elles sont dues vraisemblablement à des troubles nerveux réflexes. Au cours de la digestion, la vésicule biliaire, se contracte pour chasser la bile dans l'intestin. S'il y a inflammation de la vésicule biliaire, ces contractions inconscientes normalement seront douloureuses. De plus, ces contractions déterminent une excitation réflexe stomacale se traduisant par des troubles sensitifs et sécrétoires dont le résultat est l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique.

Flatulence. — Les symptômes de la dyspepsie flatulente doivent être attribués à l'aérophagie (Mathieu, Mauban). Or, un malade atteint de crampes douloureuses ou de dysphagie, de gêne épigastrique ou de brûlures gastriques se livre à des manœuvres de déglutition instinctives pour échapper à ces malaises. Il déglutit un peu de salive, beaucoup d'air ; la distension de l'estomac est consécutive à l'accumulation de l'air. Le malade éructe. Se trouvant mieux, il recommence ces manœuvres de déglutition : il est devenu aérophage.

Douleurs tardives. — Pour Salignat et Foucaud, elles peuvent être dues, soit à des brides inflammatoires déterminant un obstacle mécanique à l'éva-

cuation du pylore, soit plus habituellement à un spasme du pylore provoqué par une excitation réflexe partie de la vésicule et des voies biliaires.

Pour Binet elles sont dues à la forme atténuée de la colique vésiculaire.

Avec M. Lœper, nous pensons qu'elles peuvent avoir une quadruple origine : « le gonflement douloureux et réflexe de la vésicule au moment de la traversée pyloroduodénale ; la mobilisation possible et incomplète, réflexe elle aussi, d'un calcul biliaire ; le spasme simple du pylore ; les adhérences sous-hépatiques et péripylorique qui se développent au voisinage des vésicules enflammées. »

Crises gastriques. — La physionomie clinique de ces crises gastriques est tellement particulière qu'elles ne peuvent qu'être attribuées à des coliques hépatiques frustes.

DIAGNOSTIC

Pour porter le diagnostic de lithiase biliaire il faut évidemment ajouter d'autres éléments à la constatation de ces troubles intestinaux ou gastriques dont nous venons d'exposer la physionomie clinique. Sans doute, les caractères particuliers de la diarrhée prandiale type ou de la crise gastrique, surtout de la crise gastrique prémenstruelle, aiguilleront l'esprit vers le diagnostic de cholélithiase. D'autre part, la constatation de troubles dyspeptiques chez des sujets prédisposés à la lithiase, soit par des antécédents personnels : fièvre typhoïde, cholémie simple familiale, soit par des antécédents héréditaires : cholélithiase (Lereboullet a noté l'hérédité directe de la cholélithiase dans 62 o/o des cas) devra faire penser à la lithiase biliaire.

Enfin, lorsque les troubles dyspeptiques seront nettement accompagnés d'irradiations dorsales ou scapulaires, d'un peu d'ictère, d'un mouvement fébrile aussi minime soit-il et surtout lorsqu'ils frapperont l'attention par leur ancienneté et par leur résistance aux traitements habituels, il y aura lieu de soupçonner l'affection calculeuse du foie.

Mais les quelques particularités que nous venons de signaler ne suffisent pas pour affirmer la diagnostic. D'autres éléments sont nécessaires.

Est-on aidé par les *examens chimiques* ?

Comme l'a nettement établi M. Lœper, ces examens ne peuvent guère donner que des renseignements négatifs. La chlorhydrie est très variable. L'indicanurie est inconstante. La présence du pigment biliaire dans l'urine est rare « car il n'existe souvent au cours de ces lithiases frustes aucun trouble de sécrétion biliaire, aucune oblitération des canaux » (Lœper). L'examen des selles ne donne aucun renseignement. Par contre, la recherche de la cholestérinémie donne de précieux renseignements, car la cholestérinémie est très fréquente dans la lithiase biliaire (Chauffard) mais cette recherche qui est très délicate ne peut être faite que par un chimiste exercé, muni d'un outillage parfait.

Pour éliminer les lésions organiques intrinsèques de l'estomac : gastrite, cancer à ses débuts, ulcère dissimulé, il y aura lieu de pratiquer l'examen cytologique du liquide de lavage de l'estomac, les réactions de Weber et de Meyer avec le liquide gastrique et avec les selles.

Contrairement aux examens chimiques, les éléments que nous allons exposer maintenant nous aident beaucoup à établir le diagnostic de lithiase biliaire. Ils comprennent la recherche des points douloureux et l'examen radiologique.

1° Recherche des points douloureux. Mau-

rice a justement insisté sur la « valeur considérable des localisations douloureuses dans le diagnostic de la cholélithiase et cela surtout dans les formes latentes, frustes ou anormales ».

Ces points douloureux sont : le point cystique ou vésiculaire, le point épigastrique, le point xyphoïdien, le point pancréatico-cholédocien, le point phrénique droit, le point de la onzième côte, les points du moignon de l'épaule droite, le point scapulo apexien droit, les points vertébraux, le point d'Abraham.

a) *Point cystique ou vésiculaire.* — Il répond à la vésicule biliaire ; il est situé au-dessous de la partie moyenne du rebord costal droit à l'intersection du bord externe du muscle grand droit et de la dixième côte à droite. M. Chauffard considère l'existence de la douleur en ce point comme un signe de première importance dans les cas frustes de lithiase biliaire.

Pour rechercher la douleur vésiculaire, M. Lœper conseille d'incliner le malade « fortement en arrière, le dos relevé par un coussin, en cassant en quelque sorte son abdomen en deux de façon à présenter à l'exploration manuelle la face inférieure du foie ». On peut ainsi délimiter plus exactement le point douloureux ou la tuméfaction vésiculaire.

b) *Point épigastrique.* c) *Point xyphoïdien.* — Plus constante que la douleur spontanée, la précédant très souvent, la douleur provoquée dans la région épigastrique a une grande valeur diagnostique dans la lithiase à ses débuts. Elle siège dans l'angle xypho-

costal droit : point épigastrique, ou à la pointe de l'appendice xyphoïde : point xyphoïdien de Raymond.

d) *Point pancréatico-cholédocien* ou plus exactement *zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard*. Pour l'obtenir, tracez à partir de l'ombilic, une verticale et une horizontale, à angle droit ; menez la bissectrice de cet angle ; la zone de Chauffard est comprise entre cette bissectrice et la verticale sans dépasser en haut une hauteur de cinq centimètres sur la bissectrice et sans atteindre en bas l'ombilic.

Lorsqu'on constate de la douleur dans cette zone, c'est en premier lieu à la lithiasé que le clinicien doit penser (Maurice).

e) *Point phrénique droit*. — M. Chauffard a insisté sur la valeur de ce point. On le recherche entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, au-dessus de la clavicule droite. « Il est un des premiers points douloureux que l'on puisse mettre en évidence lorsque la lithiasé commence à se révéler. Aussi sa recherche peut-elle être d'un grand secours pour le diagnostic de cette affection (Maurice).

f) *Point de la onzième côte*. — Il est situé à l'extrémité antérieure de la onzième côte. La douleur en ce point constitue souvent un signe avant-coureur d'un processus lithogène encore latent (Binet).

Enfin, bien qu'ils soient moins précoces et moins fréquents que les points précédents, on pourra rechercher les points suivants :

g) *Points du moignon de l'épaule droite*.

h) *Point scapulo-apexien droit.* — Situé à la pointe de l'omoplate droite ou très légèrement au-dessous d'elle.

i) *Points vertébraux.* — Constitués par les apophyses épineuses des huitième, neuvième, dixième, onzième vertèbres dorsales.

j) *Point d'Abraham.* — Il est situé dans l'hypochondre droit à mi-distance de l'ombilic et du cartilage de la neuvième côte. Si l'on exerce une pression brusque en ce point, le malade ressent une douleur très vive. Abraham estime que la constatation de cette douleur doit faire porter le diagnostic de lithiasé biliaire.

En plus de la recherche de ces points douloureux, nous conseillons la recherche du *signe de Murphy* auquel les Américains ont attaché une grande importance : « Le malade est dans l'impossibilité de faire une inspiration complète quand les doigts du médecin sont enfoncés profondément sous le rebord costal droit, au-dessous du foie. Le diaphragme abaisse le foie jusqu'à ce que la vésicule sensible atteigne les doigts explorateurs et l'inspiration cesse subitement comme si elle avait été interdite » (Fiessinger).

On recherchera tous ces points, le malade couché sur le dos, les membres inférieurs fléchis pour obtenir le relâchement des muscles abdominaux, et pour que ce relâchement soit complet on invitera le malade à respirer doucement, la bouche mi-ouverte. On appuiera sur la paroi abdominale avec la pulpe des doigts, lentement, pour éviter la contracture muscu-

laire. M. Plantier conseille de rechercher le point cystique, le malade étant debout ; d'après cet auteur, le point cystique est beaucoup plus perceptible dans la station debout que dans le décubitus dorsal.

2° Examen radiologique. — Cet examen s'impose chez tout malade soupçonné de lithiase biliaire (Colombier, Lignac) car il pourra apporter des renseignements importants qui contribueront à étayer le diagnostic.

L'examen radiologique des voies biliaires nous donnera de précieuses indications sur le volume de la vésicule, son siège, ses rapports et ses connexions avec les organes voisins : estomac, duodénum, pancréas, côlon. Aubourg, Colombier, Lœper ont particulièrement insisté sur ces renseignements fournis par le radiodiagnostic. Normalement à l'état physiologique, la vésicule n'est pas visible, nous dit Colombier, son ombre ne dépasse pas le bord inférieur du foie et se confond avec lui. Mais si la vésicule est augmentée de volume, elle dépasse le bord inférieur du foie, elle déborde le pylore, et son ombre devient apparente. De plus « la superposition exacte et vérifiée par la radiographie de la zone douloureuse à l'ombre vésiculaire et non au pylore, au côlon ou à l'estomac, est un bon signe de lésions de la vésicule » (Lœper).

Enfin, comme le déclare Colombier, l'attention du radiologue devra être attirée vers la vésicule en présence des constatations suivantes :

1° Déviation de la région pylorique en haut et à

droite indiquant l'hépatofixation de l'estomac. Normalement le pylore dans la position verticale est devant et souvent même un peu à gauche de la colonne vertébrale ; toutes les fois qu'on le voit sous le foie il y a indication d'examiner la vésicule. Il est attiré par la rétraction du petit épiploon, chez les malades ayant un passé hépatique (Aubourg).

2° Déformation et déplacement vers le haut de l'angle colique droit.

3° Coudures ou rétrécissements pyloriques ou duodénaux dont la nature n'aura pas été établie cliniquement.

4° Evacuation spasmodique de l'estomac accompagnée d'une déformation de l'organe pylorique.

Tous ces renseignements si intéressants ne sont pas les seuls que peut nous fournir l'examen radiologique. Grâce aux rayons X, il nous sera permis parfois de déceler les calculs contenus dans la vésicule.

Lignac a remarquablement exposé les progrès réalisés, ces dernières années, par les radiologues, dans la recherche des calculs biliaires. Les statistiques américaines publiées sur le résultat de ces recherches sont merveilleuses.

Case a trouvé des calculs dans 25 à 30 o/o des cas où on soupçonnait la cholélithiase. Pfahler et Case estiment que sur cent sujets cholélithiasiques la proportion des cas où on peut découvrir les calculs atteint 50 o/o.

Lignac donne les raisons de ces progrès : « La distinction classique en calculs à cholestérine pure d'une part et calculs chargés de sels de chaux d'autre part, demande à être révisée. Les calculs à cholestérine pure, c'est-à-dire ceux absolument invisibles aux rayons X, sont beaucoup moins fréquents qu'on ne l'avait estimé jusqu'à ce jour. De récentes recherches montrent au contraire qu'il est rare de trouver des calculs constitués de cholestérine absolument pure. L'association avec un sel de chaux en plus ou moins grande quantité est presque constante. Une proportion de calcium relativement faible suffit d'ailleurs pour rendre le calcul visible aux rayons X, puisque dans un cas, l'analyse chimique des calculs vus aux rayons X, extraits ensuite par l'opération, a révélé qu'ils ne contenaient pas tout à fait un demi pour cent de leur poids total de calcium. Ces constatations sont donc encourageantes pour le radiologue. Et il est permis de penser qu'à l'avenir, le radiologue n'abordera pas la recherche des calculs biliaires, comme il l'a fait jusqu'ici avec la quasi-certitude ou tout au moins l'appréhension d'un échec.

D'autre part, l'instrumentation et la technique ont subi des perfectionnements considérables. Cette dernière constatation jointe aux précédentes nous permet de comprendre les résultats merveilleux obtenus dans la recherche des calculs biliaires par les radiologues américains. »

Nous terminerons cet exposé des éléments du dia-

gnostic en disant que chez tout sujet soupçonné de cholélithiase, il faudra procéder d'une façon systématique à la recherche des points douloureux et à l'examen radiologique.

TRAITEMENT

Ces troubles dyspeptiques sont dus à la lithiase biliaire : c'est donc contre elle et particulièrement contre l'infection biliaire que devra être dirigé le traitement.

Le malade sera soumis au régime alimentaire des cholélithiasiques. Comme médicaments, on prescrira des antiseptiques biliaires, des cholagogues, des alcalins. On pourra, par exemple, prescrire au malade, successivement, pour une période de dix jours :

1° L'urotropine à la dose de 1 gr. 50 par jour, en trois prises ;

2° Le salicylate de soude associé au benzoate de soude :

Salicylate de soude.....	20 gr.
Benzoate de soude.....	10 gr.

En 30 cachets, 3 par jour pris un à un aux repas (Chauffard) ou :

L'extrait sec de bile de bœuf, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour en pilules glutinisées de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 prises aux repas.

3^e Vingt minutes avant chacun des trois repas boire 100 grammes d'eau de Vichy (Célestins) chauffée au bain marie vers 45 degrés, à laquelle on aura ajouté, pour chaque verre, une cuillerée à soupe de :

Sulfate de soude cristallisé.....	40 gr.
Eau.....	300 gr. (Linonier)

A cette médication causale, il y aura lieu d'associer, au début, une médication symptomatique.

Contre la constipation on prescrira l'usage méthodique de petites doses de sels neutres purgatifs ou de laxatifs végétaux peu irritants, tels que les préparations de rhubarbe ou d'évonymine (Chauffard).

Dans la diarrhée prandiale, on combattrà l'irritabilité réflexe gastro-intestinale par VII gouttes de :

Teinture thébaïque.....	5 gr.
Teinture de belladone.....	5 gr.

Dix minutes avant le repas (Linossier).

Pour atténuer la sensibilité gastrique, on prescrira des gouttes calmantes :

Teinture éthérée de valériane	10 gr.
Teinture de belladone.....	3 gr.
Teinture de jusquiame.....	3 gr. (Lœper)

XV gouttes dans un peu d'eau, un quart d'heure avant les trois repas.

Pour calmer les douleurs qui surviennent après les repas, M. Lœper conseille de donner des mélanges

de sirop de codéïne, morphine, thébaïque, belladone ou un centigramme de dionine en solution ou en sirop ; si ces médicaments sont mal tolérés par la voie buccale, on pourra administrer des suppositoires de :

Extrait de valériane.....	0 gr. 08
Extrait de belladone.....	0 gr. 02
Dionine.....	0 gr. 02
Beurre de cacao.....	3 gr.

(Pour un suppositoire.)

CONCLUSIONS

I. Les troubles dyspeptiques initiaux de la lithiase biliaire offrent une symptomatologie très variée.

Les troubles intestinaux se traduisent par les formes suivantes : constipation opiniâtre, entérocolite mucomembraneuse, diarrhée persistante, crises diarrhéiques. Les troubles gastriques appartiennent soit au syndrome précoce : cardiospasme, pesanteur stomacale, brûlures gastriques, flatulence, soit au syndrome tardif : douleurs tardives et crises gastriques. Ces dernières manifestations sont les plus fréquentes.

II. Ces troubles dyspeptiques paraissent relever surtout de l'infection biliaire. Il est vraisemblable que l'inflammation du petit épiploon doit jouer fréquemment un rôle important dans la genèse des troubles gastriques.

III. Le diagnostic d'une lithiase aussi dissimulée est le plus souvent délicat. La recherche des points dou-

loureux et l'examen radiologique aideront beaucoup à poser le diagnostic de lithiase biliaire.

IV. Le traitement sera surtout causal. Il sera donc dirigé contre la lithiase biliaire et particulièrement contre l'infection biliaire.

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham.* — Un signe diagnostique de la cholélithiasie (New-York Medical Journal, janvier 1919).
- Adler.* — Troubles gastriques dans les affections biliaires (Medical Record, 1909, in Journal de chirurgie, 1909).
- Andral.* — Observations sur quelques affections de l'estomac qui ne consistent pas dans un état inflammatoire de cet organe. Paris, 1833.
- Aubourg.* — Radiographie de la vésicule biliaire (Bulletins et mémoires de la Société de radiologie médicale de France, mars 1914).
- La radiographie de la vésicule biliaire (Journal de diététique et de bactériothérapie, avril 1914).
- Binet.* — Crises gastriques prémenstruelles et lithiasie biliaire (Tribune Médicale, 1909).
- Les douleurs intercostales dans la lithiasie biliaire. Signe de la onzième côte (Archives des maladies de l'appareil digestif, 1911).
- Bouchardat.* — Des calculs biliaires et du traitement des affections qu'ils occasionnent (Annuaire de thérapeutique pour 1845).
- Bouveret.* — Traité des maladies de l'estomac, 1893.
- Bressot.* — Six ans de chirurgie gastrique. Thèse de Lyon, 1908-1909.
- Cassel (Mlle).* — Des dyspepsies cholélithiasiques. Thèse de Paris, 1918-1919.
- Castaigne et Fiessinger.* — Maladies du foie et des voies biliaires, 1912.

- Chauffard (A.)*. — Article Lithiase biliaire in *Traité de Médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud*, t. V, 1892.
- Article Lithiase biliaire in *Traité de Thérapeutique pratique d'A. Robin*, 1913.
- *Leçons sur la lithiase biliaire*, 1914.
- Colombier*. — Examen radiologique des voies biliaires. Thèse de Paris, 1913-1914.
- Cornillon*. — Rapports de la dyspepsie douloureuse avec la lithiase biliaire (*Progrès Médical*, mars 1879).
- Cotte*. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Thèse de Lyon, 1907-1908.
- Cotte et Bressot*. — Des troubles dyspeptiques d'origine biliaire (*Revue de Chirurgie*. Paris, 1912).
- Cyr*. — *Traité pratique des maladies du foie*, 1887.
- Sur les causes d'erreur dans le diagnostic des affections calculeuses du foie (*Archives générales de médecine*, février 1890).
- Dupré*. — Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.
- Fauconneau-Dufresne*. — *Traité de l'affection calculeuse du foie*, 1851.
- Fiessinger (N.)*. — Les petits signes de la lithiase biliaire et leur traitement (*Journal des Praticiens*, 3 avril 1920).
- Flandin*. — Pathogénie de la lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1911-1912.
- Gardère*. — Les dilatations gastriques par altérations de la tunique musculaire consécutives aux inflammations répétées du péritoine gastrique. Thèse de Lyon, 1909-1910.
- Garnier, Lereboullet, etc.* — Les maladies du foie et leur traitement, 1910.
- Griscelli*. — De la constipation au cours de certaines inflammations chroniques localisées du péritoine. Thèse de Lyon, 1905-1906.
- Guéniot*. — La lithiase vésiculaire. Thèse de Paris, 1902-1903.

- Hernette*. — Résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. Thèse de Paris, 1906-1907.
- Houdard*. — Troubles dyspeptiques et lithiasé biliaire. Thèse de Paris, 1903-1904.
- Jónaust*. — Contribution à l'étude de l'entérocolite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1903-1904.
- Lecène*. — Les lésions microscopiques de la vésicule biliaire lithiasique (Presse médicale), 1913.
- Le franc*. — De quelques phénomènes initiaux de la lithiasé biliaire. Thèse de Paris, 1881.
- Lejars*. — Les fausses lithiasés biliaires (Semaine médicale, novembre 1913).
- Lignac*. — Cholélithiasé et radiodiagnostic. Thèse de Paris, 1917-1918.
- Linossier (G.)*. — Bulletin de la Société de thérapeutique, 1902.
- La diarrhée prandiales des biliaires (Archives des maladies de l'appareil digestif, 1908).
- Læper (M.)*. — Petits signes gastriques de la lithiasé biliaire (Monde médical, 5 juillet 1914).
- Le cardiospasme à distance. Leçons de pathologie digestive, 3^e série.
- Les erreurs de diagnostic des douleurs tardives. Leçons de pathologie digestive, 3^e série.
- La dyspepsie gastrique des biliaires. Leçons de pathologie digestive, 4^e série.
- Marchais*. — Des rétrécissements du pyllore d'origine biliaire. Thèse de Paris, 1897-1898.
- Mauban*. — L'aérophagie, 1910.
- Archives des maladies de l'appareil digestif, avril 1913.
- Maugeret (Mlle)*. — Cholécystopancréatite. Thèse de Paris, 1907-1908.
- Maurice*. — Localisations douloureuses de la lithiasé biliaire. Thèse de Paris, 1914-1915.
- Mathieu*. — Aérophagie inconsciente chez les dyspeptiques (Gazette des Hôpitaux, 9 janvier 1904).

- Mossé.* — Des accidents de la lithiase biliaire. Thèse d'agrégation, 1880.
- Moynihán.* — British Medical Journal, 4 janvier 1913.
- Plantier.* — Nécessité de l'exploration du foie dans la station debout (Paris Médical, 1913).
- Pron.* — La pratique des maladies de l'estomac, 1919.
- Pujol.* — Dissertation sur les maladies [de la peau relativement à l'état du foie, 1784.
- Ramond.* — Les dyspepsies et leur traitement, 1914.
- Raymond.* — Point épigastrique et point xyphoïdien (Presse médicale, 1906).
- Robin (A.).* — Traité des maladies de l'estomac. Les retentissements gastriques de la lithiase biliaire. Fas. II, 1901.
- Salignat et Foucaud.* — La dyspepsie des lithiasiques biliaires (Gazette des hôpitaux, 1908).
- Sénac.* — Traitement des coliques hépatiques, 1870.
- Soupault et Salignat.* — Syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques (Bulletin Médical, 1904).
- Tilton.* — Common errors in the diagnosis and prognosis of gallstone disease (New-York Medical Journal, 1^{er} novembre 1913).
- Tripier et Paviot.* — Péritonite sous hépatique d'origine vésiculaire.
- Vergriete.* — Sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1898-1899.
- Villard.* — De la constipation dans les inflammations chroniques du péritoine (Lyon Médical, 1906).
- Vires.* — Traitement des maladies du foie et du pancréas, 1913.
- Willemín.* — Coliques hépatiques et leur traitement par les eaux de Vichy, 1862.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4659-20
